



## WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 2 YEARS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

បច្ចក្រារ៉យោ អាយុ 2 ឆ្នាំ

សំណង់ផ្តល់ពេលវេលាដែលរក្សាទុក្រាយ	ឈ្មោះរបស់កូនារ៉ា			ថ្ងៃខែឆ្នាំណែនកិត្ត
	ប្រព័ន្ធប្រជាធិបតេយ្យ			ម្នាក់លេបបច្ចុប្បន្ន
	ឱការ/ឯការ៖ម្នាក់/បញ្ជាក់/ការបារម្ភតាមដំឡើងដីប្រព័ន្ធឌីសុខភាពចុងក្រាយ			
	ឆ្នាំ ឬទី		ឆ្នាំ ឬទី	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ក្នុងរបស់ខ្លួនអាហារាប្រើប្រាស់មួយ ។		ក្នុងរបស់ខ្លួនអាហារាប្រើប្រាស់ដីប្រព័ន្ធឌីសុខភាពចុងក្រាយ ។	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ទម្ងន់សំណង់របស់ក្នុងរបស់ខ្លួនមួយច្បាស់មួយច្បាស់មួយការបារម្ភ ។		ក្នុងរបស់ខ្លួនមួយច្បាស់មួយច្បាស់មួយការបារម្ភ ។	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ក្នុងរបស់ក្នុងខ្លួនអាហារាបារម្ភទាត់បាន ។		ក្នុងរបស់ខ្លួនអាហារាបារម្ភទាត់បាន ។	
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE		HEIGHT CM/IN. PERCENTILE		HEAD CIR. PERCENTILE
<input type="checkbox"/> Review of systems		<input type="checkbox"/> Review of family history		Diet _____
				Elimination _____
				Sleep _____
				<input type="checkbox"/> Hct/Hgb <input type="checkbox"/> Dental Referral <input type="checkbox"/> Lead Exposure <input type="checkbox"/> Fluoride Supplements <input type="checkbox"/> Fluoride Varnish <input type="checkbox"/> Review Immunization Record
				Health Education: (Check all completed)
				<input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Toilet Training <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Car Seat or Booster Seat <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Passive Smoking <input type="checkbox"/> Discipline/Limits <input type="checkbox"/> TV Habits <input type="checkbox"/> Child Care
				Assessment: _____ _____ _____ _____
				IMMUNIZATIONS GIVEN _____ _____
				REFERRALS _____ _____
NEXT VISIT: 3 YEARS OF AGE			HEALTH PROVIDER NAME	
HEALTH PROVIDER SIGNATURE			HEALTH PROVIDER ADDRESS	

DSHS 13-684A CA (REV. 08/2001)

 SEE DICTATION

DISTRIBUTION: White - Physician    Yellow - Parent/Guardian

EARLY CHILDHOOD: 2 YEARS

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Early Childhood (2 years)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Fluoride Screen**

Check with local health department for fluoride concentration in local water supply, then use clinical judgment in screening. Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family.

### **Lead Screen**

Screen children for these risk factors:

- Live in or frequently visits day care center, preschool, baby sitter's home or other structure built before 1950 that is dilapidated or being renovated.
- Come in contact with other children with known lead toxicity (i.e., blood lead 15 ug/dl).
- Live near a lead processing plant or with parents or household members who work in a lead-related occupation (e.g., battery recycling plant).

### **Pneumococcal Screen**

Screen children for these risk factors:

- Age 2 and over with chronic illnesses specifically associated with pneumococcal disease or its complications; anatomic or functional aspernia; sickle cell disease; nephritic syndrome or chronic renal failure; cerebrospinal fluid leaks; or conditions associated with immunosuppression.

### **Hepatitis B Vaccine**

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

### **Developmental Milestones**

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communications Development Inventory.

Yes      No

- |   |                          |   |                          |                          |   |
|---|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Kicks ball forward.   |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <u>Removes article of clothing (not hat).</u>   |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <u>Combines 2 words.</u>  |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Uses own name to refer to self.   |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <u>Vocabulary of more than 50 words.</u>  |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Strangers understand half child's speech.   |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <u>Understands a two-step verbal command ("Pick up the toy; put it away") without gestures.</u> |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Points to 6 named body parts (nose, eyes, ears, mouth, hands, feet, tummy, hair).               |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Stacks 4 blocks.  |                          |                          |   |
| <br><table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Persistent rocking, hand flapping, head banging or toe walking.</td></tr></table> |                          |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Persistent rocking, hand flapping, head banging or toe walking. |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Persistent rocking, hand flapping, head banging or toe walking.                                 |                          |                          |   |

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on even one of the underlined items, or if you have checked the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**



ការពិនិត្យដើម្បីរក្សាសុខភាពក្នុងម៉ោង - បច្ចុប្បន្នរ៉ែយេ អាយុ 2 ឆ្នាំ

WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 2 YEARS

(ក្រុវទោទាសការរំណែនាំ EPSDT)

ថ្ងៃទី

បច្ចុប្បន្នរ៉ែយេ អាយុ 2 ឆ្នាំ

សំណង់ផ្ទាល់ពុករក្សាមួយ ដែលបានបញ្ជាក់	ឈ្មោះរបស់កុមារា		<input type="checkbox"/> នៅខេត្តកំណែត
	ប្រជិកមួនទាំង		<input type="checkbox"/> ម្នាក់លេបបច្ចុប្បន្ន
	ឱ្យការ/ឱ្យគ្រោះម្នាក់/បញ្ជាក់/ការធានម្នាក់ដែលដឹងបានពិនិត្យសុខភាពមួយក្នុងក្រុង		
	<input type="checkbox"/> ធន ឬ <input type="checkbox"/> ធន ឬ <input type="checkbox"/> ធន ឬ		<input type="checkbox"/> ធន ឬ <input type="checkbox"/> ធន ឬ <input type="checkbox"/> ធន ឬ
	ក្នុងរបស់ខ្លួនអាហារាប្រើប្រាស់។		<input type="checkbox"/> ក្នុងរបស់ខ្លួនអាហារាប្រើប្រាស់។
	ទម្ងន់ពេលឃើមប៉ែប៉ែក្នុងរបស់ខ្លួនមិនមែនការធានម្នាក់។		<input type="checkbox"/> ទម្ងន់ពេលឃើមប៉ែប៉ែក្នុងរបស់ខ្លួនមិនមែនការធានម្នាក់។
	ក្នុងរបស់ខ្លួនមិនមែនការធានម្នាក់។		<input type="checkbox"/> ក្នុងរបស់ខ្លួនមិនមែនការធានម្នាក់។
	ឯកត្រាផីឡូប្រព័ន្ធភាពការ		<input type="checkbox"/> ឯកត្រាផីឡូប្រព័ន្ធភាពការ
	ឯកត្រាផីឡូប្រព័ន្ធភាពការ		<input type="checkbox"/> ឯកត្រាផីឡូប្រព័ន្ធភាពការ
ការពិនិត្យដើម្បីរៀសទូទៅ:		N      A	
សោរពិភាក្សា	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ចករិភាគ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ការធិលុតលាស់	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ចិរយាមាយាន់	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
សិកុម/ទឹកចិត្ត	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ឯកត្រាផីឡូប្រព័ន្ធភាពការ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ឯកត្រាផីឡូប្រព័ន្ធភាពការ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
រាងកាយ៖	N      A	N      A	
រូបរាងទេរា	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
សៀវភៅ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ក្រុម/បង្កើរ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ផ្លូវ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ក្រុចិត្ត	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ច្រូលេខ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
បំពុំ/ដោល	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ម្នាក់ (ដែលមិនមែនការការកើតឡើង)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
សុខភាពសតិភាពម្នាក់	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ចូររួចរាល់អំពីការកើតឡើងដែលខ្លួនបានរៀបចំ			
ការពិនិត្យដើម្បីរៀសទូទៅ អាយុ 3 ឆ្នាំ		ឈ្មោះរបស់ទេរីដែលដឹងបានពិនិត្យសុខភាព	
ហត្ថលេខាប់ពេលដឹងបានពិនិត្យសុខភាព		ការសំរាប់ពេលដឹងបានពិនិត្យសុខភាព	

## សុខភាពរបស់ក្នុងពិចារបស់អ្នកនៅថ្ងៃយុ 2 ឆ្នាំ

## ផែនការសំខាន់

រួមចំណែកជាមុនដែលបានរាយការណ៍នៅក្នុងក្រសួងពេទ្យភាពបាសាអាហងក្រារ នាមខ័ណ្ឌ 2 ឆ្នាំនៃឯកតា  
3 ឆ្នាំ ។

## លោកនៃមួយក្រុង ។

## ជីវិតកំណើនដែលមានការបិទ

និយាយប្រយោតដែលមាន 3 បុ 4 ពាក្យ ។

## ព្រំនិងសេវការកំដោយខនុវត្ត ។

លេងលើរដ្ឋបាល "ធ្វើដូចមែននេះ" ជាមួយក្រុងក្រុមទឹកតានិងក្រុងសត្វប្រកសាំឡើ។

អុកដ្ឋាយកទនបេស់អុកព្រៃនកិច្ចការជើរដោយការទិញយាយទិន្នន័យដែលដាក់ជាបុរាណ។

## ធើម្យកដំនួយ បោពតិមានថែមទេរត

ពតិមាននៃការទកកាំងគីងដោយសរពិភាព

1-800-LOK-IT-UP (565-4887)

ការមិនបានបង្កើតឡើង ឬបានបង្កើតឡើង នៅក្នុងការបង្ហាញនៃការមិនបានបង្កើតឡើង  
ក៏ដូចរដ្ឋរាជការ 1-800-446-1114

កិច្ចការពារការពុល៖ មធ្យប្រណូលដើរកដាក់ពុលនៃរដ្ឋវាំសិងគ្រ

1-800-732-6985 ឬ 1-800-572-0638 (រៀបចាស់បណ្តុះបណ្តាល)

TTY) 9

សំរាប់ដីនួយបើអ្នកមានការខកចិត្តខ្លាំងជាមួយកូនរបស់អ្នក៖ ទូរសព្ទថ្មីប្រចាំការសំរាប់ដីនួយត្រូវលាង 1-800-932-HOPE (4673) លេខទូរសព្ទបុរាណសំរាប់បញ្ជាការនិគតិនៅតាមតម្លៃ។

ចំណុចសំខាន់ផ្តើកសុខភាព

ເຕີກາເຫຼົາກໍ່ຫຼັກກາງຕາແນກຕະບະສ່ງກູດມາທາງຄຸປໍ່ບໍ່ພູນຕາຍເຫດຜ່ານ  
ເທິ່ງບູນເຮົາ? ເບີຕານຕາກໍຄຸປໍ່ບໍ່ພູນທີ່ເຫັນ ລາຍລືມືອນຄູ່ກ່ຽວຂ້ອງ  
ເຈົ້າກໍຕາຫວຸນບູນຕາດ່ວຍຜົນເບີຕານຕາກໍມີໃຫຍ່ເຫັນວ່າ

ចូរដួលត្រកូនរបស់អ្នកទូទៅដើម្បីការហារត្រឹមទុខដែលមានសុខភាពរួចរាល់ឡើង ។ ចូរបន្ទូយអារក្សានសុខភាព ។ ចូរញ្ចាំអារក្សានជាមួយគ្នា ជាអ្នកលាង ព្យាយាយនូវក្នុងបំពាយដែលមានធីចាន ។

## ចំណុចសំខាន់សំរាប់មាតាបិតា

ចូរិនិយាយជាមួយក្នុងរបស់អ្នកអំពីផ្លូវរាក់ពុងធ្វើ។ ចូរមានសេវាគោរោងការជាមួយគ្នា ហើយនិយាយអំពីរបាយទៅ។

ជួយកទនសេល់អ្នកទម្រង់ដីស្អាយជាមួយលើរឿងដែលមានសកម្មភាពដូច  
ជាលើរឿងអេឡិចត្រូនុបាត់ លើរឿងដើរបន្ទាត់ និងលើសង្គមពីទីផ្សារ ។ ចូរដួលបំពួរវានៅ  
លើរឿងទេវជាតាយាដើម្បីទេវដី ដូចជាដាម្បីបន្ទាត់ថ្មី ខ្លួនទៀតក្នុងតិច  
ក្រដាស សុត្រប្រកសំឡើខាងក្រុងជាតិម៉ែន ។

អ្នកប្រព័ន្ធគាត់ដីល្អុយទេសសំអ្នកហាត់បេរិបង្កើតតួនាទីលោកអារ៉ា ឬឯណ្ឌរា  
ចិនទាន់ដំឡូចទេ ហួរដល់វាមានភាពយុប្បជ័យ 3 ឆ្នាំ ។ វានឹង  
បង្ហាញថានាមដំឡូចដើម្បី ប្រិបង្កើតដោយចិនទេនាទីលោកដែរ និងប្រាប់  
អ្នកទេនាទីលោកណាដែលវាទ់បេរិបង្កើត ។

ចំណាត់ការ